

ÍNDICE INTERATIVO

[Plano de saúde sobe até 49,8% com cobrança retroativa de reajuste. Calcule aqui o impacto no seu caso](#) -
Fonte: O Globo

[Tendência da telemedicina no pós-pandemia: Usuários pretendem aumentar uso](#) - Fonte: Saúde Business

[Dados de beneficiários de planos de saúde poderão ser consultados em conta única do Governo Federal](#) -
Fonte: ANS

[Quais são os custos relacionados à hospitalização de COVID-19?](#) - Fonte: IESS

[Intermédica não está questionando fusão com Hapvida, diz Credit Suisse](#) - Fonte: Valor Investe

[Um risco à fusão entre Hapvida e Intermédica](#) - Fonte: Info Money

[ANS resolveu mais de 90% de queixas sobre Covid-19 em 2020](#) - Fonte: ANS

[ANS lança Podcast sobre temas relativos ao setor de planos de saúde](#) - Fonte: ANS

PLANO DE SAÚDE SOBE ATÉ 49,8% COM COBRANÇA RETROATIVA DE REAJUSTE. CALCULE AQUI O IMPACTO NO SEU CASO

O Globo – 03/02/2021

Cálculo do Idec mostra que boletos com acréscimos relativos a aumentos suspensos pela ANS em 2020 pesam agora no bolso dos usuários. Calculadora do GLOBO permite consulta específica

RIO - Reajustes de mensalidades de planos de saúde este ano com o acréscimo do início da cobrança retroativa dos aumentos suspensos em 2020 por causa da pandemia resultaram num forte impacto no orçamento de muitas famílias.

Segundo o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec), o reajuste acumulado aplicado neste início de ano chegou a 49,8%.

O cálculo foi feito a partir de simulações para avaliar o impacto para os consumidores da autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para que planos de saúde iniciassem, em janeiro, a cobrança em parcelas do aumento anual e por mudança de faixa etária de 2020.

Esses reajustes haviam sido suspensos temporariamente no ano passado pelo próprio regulador entre setembro e dezembro.

O objetivo da medida era dar um alívio no bolso do consumidor em um momento de crise de saúde e na

economia. Mas agora a conta pesa sem melhora significativa do cenário.

Os contratos que tiveram reajustes suspensos terão a recomposição desses quatro meses em 2021, em 12 parcelas iguais acrescidas à mensalidade já reajustada este ano. Já aparecem nos boletos que os usuários estão recebendo.

Segundo dados da ANS, a cobrança de valores retroativos alcança 20,2 milhões (51%) dos mais de 47,6 milhões de usuários de planos de saúde no país. Já os casos de sobreposição do reajuste por faixa etária e mais reajuste anual retroativo chegaram a 5,3 milhões de usuários.

— Os consumidores estão enfrentando dificuldades para pagar o reajuste retroativo, e as empresas e usuários de planos individuais estão tentando mudar de cobertura. Os usuários estão muito endividados com redução de renda e fazendo sacrifício para se manterem adimplentes — destaca Teresa Liporace, diretora executiva do Idec.

Impacto entre 12% e quase 50%

As diferentes modalidades de contratos apresentaram variação de 12,21% e 49,81% de aumento, entre janeiro do ano passado e o mesmo mês de 2021. O percentual mais alto, de quase 50%, foi verificado nos contratos coletivos de adesão e os empresariais, que sofreram reajuste anual e por faixa etária em 2020.

TENDÊNCIA DA TELEMEDICINA NO PÓS-PANDEMIA: USUÁRIOS PRETENDEM AUMENTAR USO

Saúde Business – 02/02/2021

A telemedicina ganhou espaço com o coronavírus entre os pacientes brasileiros, que afirmam querer seguir utilizando essa modalidade de atendimento após o fim da pandemia.

É o que aponta pesquisa feita pela plataforma de busca e comparação de softwares [Captterra](#) sobre a adoção das consultas a distância no Brasil nos últimos meses em que foram ouvidos 1004 pacientes de todo país entre os dias 11 e 15 de dezembro do ano passado.

Segundo o estudo, seis de cada dez pacientes sabem o que é telemedicina. Destes, mais da metade (55%) afirmam já terem feito uma consulta do tipo. Além disso, quase metade (46%) dos que já experimentaram a modalidade dizem que aumentarão o uso após o fim da pandemia.

Os dados mostram que a telemedicina também começa a influenciar na escolha dos pacientes por novos profissionais.

“Metade dos entrevistados que usam a telemedicina afirmam ser muito mais provável selecionar um profissional que ofereça esse tipo de consulta em comparação com um que não ofereça, caso estivessem avaliando um novo médico”, comenta Lucca Rossi, analista responsável pelo estudo.

Em meio a uma pandemia global, o medo da exposição a uma possível contaminação foi o motivo apontado por quatro de cada dez entrevistados para o uso da telemedicina.

Entre os que experimentaram a modalidade, 54% afirmam que optariam pela telemedicina se tivessem sintomas parecidos aos do coronavírus (como tosse, febre, dor de garganta e dificuldade para respirar).

“De maneira geral, a confiança na telemedicina é ampla. Mesmo entre aqueles que a conhecem, mas preferem não

utilizá-la, somente 3% afirmam não acreditar que esse tipo de atendimento seja eficaz”, aponta Rossi.

Plano de saúde influencia

Segundo o estudo, a diferença nos níveis de adoção da telemedicina entre pacientes com e sem plano de saúde é notável. Entre os primeiros, 62% já experimentaram a modalidade. Já entre os não segurados, somente 37% afirmam já ter feito uma consulta do tipo.

Além disso, mais da metade (53%) dos entrevistados que afirmaram desconhecer ou não ter certeza do que era a telemedicina não possuem planos de saúde.

As empresas estão atentas: oito de cada dez pacientes que possuem plano de saúde e já fizeram teleconsultas afirmam que seus planos cobrem a modalidade.

DADOS DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE PODERÃO SER CONSULTADOS EM CONTA ÚNICA DO GOVERNO FEDERAL

ANS – 02/02/2021

A partir do dia 02 de fevereiro de 2021, os beneficiários de planos de saúde poderão consultar seus dados cadastrais, enviados pelas operadoras à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), acessando uma conta única do Governo Federal disponível no endereço <http://acesso.gov.br>.

Por lei, os planos de saúde são obrigados a fornecer à ANS informações do beneficiário, tais como: nome completo, data de nascimento, nome completo da mãe, nº do CPF e nº do Cartão Nacional de Saúde (CNS), assim como dados relativos ao plano de saúde contratado.

A consulta a esses dados já era possível por meio da ferramenta Comprova, disponível no portal da ANS, mas passará a ser feita por meio da conta única do Governo Federal como forma de aperfeiçoar a segurança dos dados e atender às medidas relativas à proteção de dados preconizadas pela Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). “Consideramos que a migração é um ganho para o beneficiário, que continuará a ter acesso às informações cadastrais e estará seguro de que a ANS atende às determinações da LGPD”, afirma o diretor-adjunto da diretoria de Desenvolvimento Setorial, Daniel Pereira. Ele explica ainda que, em breve o beneficiário poderá consultar um histórico com todos os vínculos que já teve com planos de saúde, incluindo os já cancelados.

A iniciativa também é fruto das ações da ANS no projeto institucional de Transformação Digital, na linha de integração com login único do governo, visando a simplificação dos acessos.

Como acessar seus dados:

1. Acesse o <https://www.ans.gov.br/COMPROVA>;
2. O sistema verificará se o usuário está autenticado, em caso negativo, será redirecionado para a página <http://acesso.gov.br>;
3. Após a identificação do usuário, o COMPROVA identifica os planos ativos do consumidor, que poderá visualizar os dados cadastrais junto à operadora e os dados do seu plano de saúde;
4. Caso alguma informação esteja incorreta, o consumidor poderá entrar em contato com a operadora e solicitar a correção.

Também é possível emitir um comprovante com os dados cadastrais para cada plano de saúde com o contrato ativo que o beneficiário possua.

Caso deseje emitir ou validar um comprovante, acesse a página do [Comprova](#).

QUAIS SÃO OS CUSTOS RELACIONADOS À HOSPITALIZAÇÃO DE COVID-19?

IESS – 02/02/2021

O impacto econômico nos sistemas de saúde em todo o mundo é uma grande preocupação relacionada à pandemia de COVID-19, e há uma necessidade emergente de recursos adicionais e investimentos financeiros. A capacidade hospitalar disponível, incluindo instalações hospitalares, equipamentos, suprimentos e profissionais de saúde, teve que ser aumentada significativamente. Avaliações

econômicas são essenciais para determinar os recursos necessários para pacientes com a nova doença.

A avaliação econômica das internações por COVID-19 permite aferir os custos hospitalares associados ao tratamento desses pacientes, incluindo os principais componentes decorrentes das condições clínicas e

demográficas. Sendo assim, o artigo “Unraveling COVID-19-related hospital costs: The impact of clinical and demographic conditions”, publicado no medRxiv, determinar os custos relacionados à hospitalização de COVID-19 e sua associação com as condições clínicas.

Para tanto, analisou os custos de pacientes internados entre 30 de março e 30 de junho de 2020, acompanhados até alta, óbito ou transferência externa. O estudo foi realizado no Instituto Central do Hospital das Clínicas, afiliado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Brasil, que é o maior complexo hospitalar da América Latina e foi designado para internar exclusivamente pacientes com COVID-19 no período.

O custo médio das 3.254 internações (51,7% com permanência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI)) foi de \$12.637,42. O custo indireto foi o principal componente do total, seguido pelos custos fixos diários e medicamentos. Sexo, idade e hipertensão subjacente (\$ 14.746,77), diabetes

(\$ 15.002,12), obesidade (\$ 18.941,55), câncer (\$ 10.315,06), insuficiência renal crônica (\$ 15.377,84) e reumática (\$ 17.764,61), hematológica (\$ 15.908,25) e doenças neurológicas (\$ 15.257,95) foram significativamente associadas a custos mais elevados.

Pacientes acima de 69 anos, com comorbidades, uso de ventilação mecânica, diálise ou cirurgia e desfechos desfavoráveis ??estiveram significativamente associados a custos mais elevados após o ajuste do modelo.

O conhecimento dos custos hospitalares associados ao novo Coronavírus e seu impacto em diferentes populações pode ajudar no desenvolvimento de uma abordagem abrangente para a melhor tomada de decisão e planejamento para gerenciamento de risco futuro. A determinação dos custos associados à doença é o primeiro passo para avaliar a relação custo-benefício dos tratamentos e programas de vacinação.

INTERMÉDICA NÃO ESTÁ QUESTIONANDO FUSÃO COM HAPVIDA, DIZ CREDIT SUISSE

Valor Investe – 01/02/2021

A oferta de união das duas companhias de saúde irá aos conselhos de administração nesta semana.

A NotreDame Intermédica não levantou, até o momento, nenhum ponto relevante nas discussões para a fusão com a Hapvida e a expectativa é que a proposta seja apresentada aos conselhos das operadoras de planos de saúde nesta semana, segundo o Credit Suisse, que esteve reunido com a direção da Hapvida durante conferência de investimentos na América Latina do banco, na semana passada.

No período de análise pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) e pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que deve se estender até o fim de deste ano e começo de 2022, a companhia combinada terá dois co-CEOs “para não perder velocidade durante a consolidação.

Segundo o banco, a empresa acredita que isso é particularmente importante, pois haverá uma janela de oportunidade para aquisições, que podem ser fechadas em dois a três anos. Quer manter equipes independentes e fazer uma integração eficaz logo após as ondas de fusões e aquisições. “Acreditamos que isso vai atrasar as sinergias, mas essa a decisão pode mudar com o tempo, à medida que

as despesas aumentam”, informa o Credit Suisse, em relatório assinado por Maurício Cepeda.

Ainda durante o evento do banco, a direção da Hapvida reforçou que sua prioridade continua sendo a tese da verticalização e manutenção da margem do lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização (Ebitda, na sigla em inglês) na casa dos 20%.

A estratégia vislumbra ainda manter as aquisições de hospitais e aumentar a verticalização de medicina diagnóstica da Intermédica, que está num grau menor hoje. A operadora de Fortaleza, por sua vez, já realiza 80% dos exames de seus usuários em rede própria. A Hapvida exemplificou que na São Francisco, operadora do interior de São Paulo, a migração para um modelo verticalizado não trouxe grandes impactos aos usuários. “Por outro lado, os médicos são os mais impactados. Eles podem estar relutantes em aceitar o novo modelo que tem mais controle, reivindicações e protocolos.”

A Hapvida estima que cerca de 10% dos médicos não aceitam o modelo verticalizado a princípio. A empresa considera um sucesso o fato de apenas 5% dos médicos rejeitarem o modelo verticalizado após a aquisição da São Francisco.

UM RISCO À FUSÃO ENTRE HAPVIDA E INTERMÉDICA

Info Money – 30/01/2021

A similaridade das estratégias de negócio, com foco em prestação verticalizada e ticket médio mais baixo em relação aos principais concorrentes, e de crescimento inorgânico para

novos mercados antes inexplorados, pode suscitar a tese de concorrência potencial entre as partes

Anunciada em 11 de janeiro de 2021, a fusão entre as operadoras de planos de saúde (OPS) Intermédica/Notredame e Hapvida aponta para a formação de uma gigante da saúde suplementar no país.

A fusão une a segunda e a quarta maiores operadoras em números de beneficiários em nível nacional (excluindo autogestão) em uma empresa líder de mercado.

Ao mesmo tempo, analistas têm conjecturado a respeito do potencial de retorno do negócio, indicando que o baixo nível de sobreposição geográfica entre as empresas, com elevada complementariedade, e o modelo de negócio verticalizado seriam trunfos da operação.

Isso, inclusive, mitigaria os riscos de eventual restrição por parte dos reguladores, o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

De fato, o modelo de negócio verticalizado, em que a operadora é proprietária da rede assistencial, em especial, dos hospitais, é uma das formas mais eficientes de se combater o desperdício ou uso desnecessário de procedimentos que elevam os custos repassados aos planos de saúde, alinhando incentivos da operadora e do prestador.

Apenas para pontuar, de acordo com Nota Técnica do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), denominada “Inflação dos Planos de Saúde – 2000–2018” (IPEA, 2019), a inflação dos planos de saúde no Brasil foi de 382% entre 2000 e 2018, enquanto o IPCA no mesmo período foi de 208%.

Ademais, de acordo com estudo elaborado pela Associação Nacional de Hospitais Privados (Anahp), o gasto total do sistema teve um aumento de R\$ 83,6 bilhões entre 2013 e 2018, um crescimento de 12,1% ao ano, contra um IPCA médio de 4,27% no mesmo período.

Ou seja, os custos da saúde suplementar têm se elevado em níveis muito superiores aos da inflação oficial.

Controle dos custos e preço competitivo são, cada vez mais, variáveis-chave para o crescimento da base de beneficiários.

O que isso pode indicar a respeito da trajetória – e do resultado – da análise da fusão Hapvida-Intermédica por parte dos reguladores?

Em uma análise simplista e mais tradicional, seriam analisadas as sobreposições entre ambas as empresas em nível municipal e, eventualmente, caso seja identificada alguma sobreposição elevada, o Cade poderia impor um remédio local com o objetivo de sanar aquela preocupação.

Considerando a baixa sobreposição regional entre Hapvida e Intermédica, a primeira com foco nas regiões Norte e Nordeste e a segunda com atuação mais forte no Sul e

Sudeste, possivelmente uma aprovação sem restrições ou com remédios pontuais é o desfecho mais provável.

Contudo, uma análise sistêmica da dinâmica concorrencial do setor de planos de saúde pode conduzir a conclusões menos favoráveis à operação.

O setor vem sendo bastante afetado pela queda do poder de compra da população nos últimos anos, potencializada pela crise da Covid-19, enquanto os reajustes anuais dos planos coletivos não raro ultrapassam a taxa de 20%.

Isso levou o setor à perda de pouco mais de 3 milhões de beneficiários entre dezembro de 2014 e setembro de 2020, uma queda de 6%.

Tradicionalis líderes de mercado, Amil e Bradesco Saúde, sofreram ainda mais: queda de 32% e 19% no número de beneficiários no mesmo período, respectivamente, segundo dados da ANS.

Por outro lado, Hapvida e Intermédica desfrutaram de um crescimento de 39,3% e 128,7% no mesmo período, respectivamente, impulsionadas por crescimento orgânico e, principalmente, por consistentes estratégias de expansão via aquisições, como não deixam mentir seus releases aos investidores¹.

Nos últimos movimentos, aquisições que marcaram a entrada da Intermédica no Paraná, Santa Catarina e Minas Gerais e da Hapvida, também em Minas Gerais.

A similaridade das estratégias de negócio, com foco em prestação verticalizada e ticket médio mais baixo em relação aos principais concorrentes, e de crescimento inorgânico para novos mercados antes inexplorados, pode suscitar a tese de concorrência potencial entre as partes.

Em síntese, trata-se de uma teoria em antitruste que considera não apenas as sobreposições atuais entre as empresas envolvidas em uma fusão, mas também a potencialidade de competição futura, caso haja elementos razoáveis para acreditar que essa concorrência efetivamente a ocorrerá.

Trata-se de argumento já utilizado pelo Cade em análises complexas e que resultaram em restrições ou mesmo reprovações, como nas fusões entre a BM&F e Cetip e na fracassada união entre Kroton e Estácio, que formaria uma gigante do setor educacional.

Naquela ocasião, a Superintendência-geral do Cade considerou que Kroton e Estácio “possuem estratégias de expansão e atuação mercadológica semelhantes, e que vêm se consolidando, ao longo dos últimos anos, em rivais em diversos mercados”.

Além disso, continua o texto, “não apenas são concorrentes em diversos mercados em que hoje é possível avaliar as sobreposições existentes, mas também são potencialmente

concorrentes em um número relevante de novos mercados, seja por meio dos planos de expansão orgânica apresentados pelas partes ao Cade durante a instrução, seja por meio da manutenção da política de aquisições de novas IES, conforme afirmado por ambas em seus relatórios aos acionistas das companhias”.

É de se ressaltar, entretanto, que a referida tese não é de ampla aceitação, especialmente por requerer elementos de convicção a respeito do quão provável e concorrencialmente relevante é uma entrada futura em determinado mercado, o que para alguns pode ser encarado com mero exercício de futurologia.

Não se sabe qual o peso o Cade dará para esse aspecto da fusão. Contudo, é inequívoco que o crescimento que Hapvida e Intermédica vêm percebendo nos últimos anos, sustentado em um modelo de negócio de oferta de produtos mais

acessíveis, é uma esperança de acirramento da competição no mercado de plano de saúde no país, setor marcado por crescente concentração e com graves disfunções, como a quase extinção dos planos individuais e o advento dos “falsos coletivos”.

A fusão entre duas empresas com estratégias tão semelhantes e com tamanho potencial de contestação de mercado recíproca, neste aspecto, é um passo atrás no processo de acirramento da competição, tão desejável e necessário.

¹ Na apresentação de resultados da Hapvida é mencionada a “contínua busca por bons ativos e foco no crescimento inorgânico”. Na apresentação de resultados da Intermédica é mencionada a “continuidade da consolidação do mercado e uma estratégia de M&A eficiente apesar do COVID-19”..

ANS RESOLVEU MAIS DE 90% DE QUEIXAS SOBRE COVID-19 EM 2020

ANS - 29/01/2021

Até outubro de 2020, 93,3% das reclamações registradas por consumidores de planos de saúde nos canais de atendimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foram resolvidas pela intermediação de conflitos realizada pela reguladora. Entre as reclamações relacionadas especificamente à Covid-19, o índice ficou em 91%. A alta resolutividade em um ano tão atípico e de tantos desafios impostos ao setor de saúde demonstra o êxito da agência reguladora na intermediação de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos de saúde, evitando, assim, uma potencial judicialização.

Desde o início da pandemia causada pelo Coronavírus, atenta aos possíveis impactos no setor regulado, a ANS tem realizado um constante acompanhamento das reclamações registradas pelos consumidores, solucionando os conflitos

por meio da Notificação de Intermediação Preliminar - NIP, ferramenta que resolve de forma rápida e eficiente as demandas dos beneficiários de planos de saúde.

A partir de uma reclamação registrada na ANS, uma notificação automática é encaminhada à operadora responsável, que tem até 5 dias úteis para resolver o problema do beneficiário nos casos de não garantia da cobertura assistencial, e 10 dias úteis para as demandas não assistenciais.

Além do índice de resolutividade geral e das demandas relacionadas à Covid-19, também foi calculada a resolutividade das reclamações que versam exclusivamente sobre exames para detecção da Covid-19 (exames RT-PCR e exames sorológicos).

Confira na tabela abaixo:

Índice de resolutividade das demandas de consumidores registradas nos canais de atendimento da ANS em 2020 - até o mês de outubro	
Demandas de Reclamação	Brasil
Em Geral	93,3%
Relacionadas à COVID-19	91,0%
Exames RT-PCR (COVID-19)	92,3%
Exames Sorológicos (COVID-19)	91,9%
Fonte: SIF-Consulta	
Data da extração: 21/01/2021	

ANS LANÇA PODCAST SOBRE TEMAS RELATIVOS AO SETOR DE PLANOS DE SAÚDE

ANS – 28/01/2021

A Agência Nacional de Saúde Suplementar passa a disponibilizar, a partir desse mês, conteúdos informativos em áudio para prestar informações à sociedade sobre o setor de planos de saúde. O podcast “ANS em Pauta – Planos de Saúde” será produzido mensalmente e divulgado no portal da reguladora e em algumas plataformas de mídia como Spotify, Google Podcasts e Deezer.

No primeiro episódio, lançado nesta quinta-feira (28/01), data em que a ANS completa 21 anos, o podcast apresenta uma entrevista com os diretores Rogério Scarabel (diretor-

presidente substituto e de Normas e Habilitação dos Produtos), Paulo Rebello (Normas e Habilitação das Operadoras), Bruno Rodrigues (Gestão substituto), Maurício Nunes (Fiscalização substituto) e César Serra (Desenvolvimento Setorial substituto). Os dirigentes falam sobre as principais ações implementadas recentemente e as perspectivas para o setor em 2021.

[Clique aqui](#) e confira o Podcast ANS em Pauta: Planos de Saúde - Episódio1.



Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para saude@milliman.com.

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.

A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

milliman.com